Anlage 4 zum Zuwendungsbescheid

An die
Bezirksregierung Münster
Dezernat 24
Domplatz 36
48143 Münster

Rechtsmittelverzicht

Zuwendung gem. § 14a Krankenhausgesetz (KHG) i. V. m. §§ 19 - 25 Krankenhausstrukturfondsverordnung (KHSFV)

Aktenzeichen des Antrags: A-_____

Name des Krankenhauses: _____

Name des Zuwendungsempfängers: _____

Anschrift des Zuwendungsempfängers: _____

_____

Datum des Zuwendungsbescheids: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich auf die Einlegung von Rechtsmitteln gegen den o. g. Zuwendungsbescheid verzichte.

_____ _____

Ort, Datum rechtsverbindliche Unterschrift